

様式第2号（第5条関係）

荒尾市産婦健康診査費助成金交付申請書

荒尾市長 様

令和 年 月 日

荒尾市産婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、下記記載内容の確認のため、荒尾市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

(受診者氏名)

ふりがな			
受診者氏名		受診者 住所	
生年月日	年 月 日	電話番号	— —
申請者氏名	受診者と同じ場合は記載不要 (続柄)	申請者 住所 電話番号	受診者と同じ場合は記載不要
出産日	令和 年 月 日		
① 第1回健診（産後約5～21日以内）を受けた医療機関			
医療機関名 所在地			
受診日	年 月 日	領収金額（保険適用外）	円
② 第2回健診（産後約22～56日以内）を受けた医療機関			
医療機関名 所在地			
受診日	年 月 日	領収金額（保険適用外）	円

助成金振込先金融機関口座（受診者の口座に限る。）

銀行名	銀行	本 ・ 支店
口座番号		普通 ・ 当座
フリガナ		
口座名義		

関係書類：振込先金融機関口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）、領収証（医療機関名印又は代表者印があるもの）、母子手帳及び産婦健康診査受診票申請は、産婦健康診査を受けた日の翌日から起算して1年以内です。

助成決定書（荒尾市記入欄）

受診費用①（第1回）	助成額③	決定助成額③+④
円	円	
受診費用②（第2回）	助成額④	円
円	円	